



Adiestramiento sobre los Planes de Necesidades Especiales para médicos 2021

- Humana Gold Plus® SNP – Doble elegibilidad (HMO)
- Humana Gold Plus® SNP – Condiciones crónicas (HMO)
- HumanaChoice SNP – Doble elegibilidad (PPO)
- Humana Together in Health – I-SNP (HMO)

Efectivo a partir del 1.º de enero de 2021

Humana®





¿Qué es un plan de necesidades especiales?

Un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) es un plan de cuidado coordinado de Medicare Advantage creado específicamente para centrarse en las necesidades de algunos de sus pacientes más vulnerables.

En colaboración con usted, podemos trabajar para crear un plan de cuidado diseñado específicamente para cada afiliado de un SNP.



Humana ofrece tres tipos de SNP

- SNP con doble elegibilidad
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como D-SNP.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
- SNP para condiciones crónicas (C-SNP)
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como C-SNP.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid que tengan una de las siguientes condiciones:
 - Diabetes mellitus, desórdenes pulmonares crónicos, desórdenes cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica.
- SNP institucional (I-SNP)
 - Se identifica en la tarjeta de identificación del afiliado de Humana como I-SNP.
 - Cubre a los afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
 - La elegibilidad se basa en lo siguiente:
 - Confirmación de una internación mínima de 90 días en una facilidad contratada por Humana para ofrecer un I-SNP; o
 - una evaluación de necesidades aprobada por los CMS que confirme que la condición del afiliado probablemente requiera una internación de 90 días.



Información general sobre SNP

- Medicare Advantage siempre es el seguro principal.
- Los médicos o proveedores no pueden facturar el saldo a un afiliado protegido por costos compartidos.
- Los médicos o proveedores no pueden denegarle el servicio a un afiliado basándose en el estado de pagador secundario.
- Es posible que se proporcionen beneficios mejorados, como de la visión, dental, de la audición, de transporte de rutina y de medicamentos sin receta.

Disponibilidad de los SNP de Humana para 2021

Estado	SNP doble	SNP para condiciones crónicas	I-SNP
Alabama*	✓		
Arkansas	✓		
California	✓		
Delaware	✓		
Florida*	✓	✓	
Georgia	✓		✓
Illinois		✓	✓
Indiana	✓	✓	
Kentucky	✓	✓	
Louisiana	✓	✓	
Maine	✓		
Michigan	✓		
Mississippi	✓		
Missouri	✓		
Montana	✓		

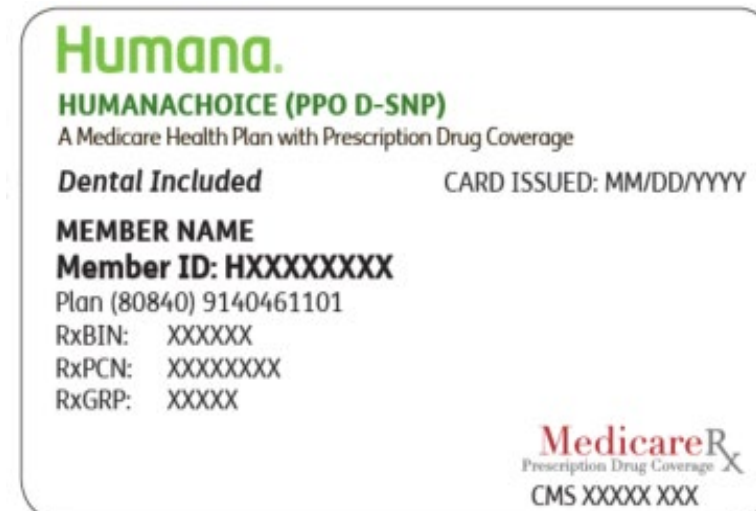
Estado	SNP doble	SNP para condiciones crónicas	I-SNP
Oklahoma	✓		
Nebraska	✓		
Nevada		✓	
New York	✓		
North Carolina	✓		
Ohio	✓	✓	
Pennsylvania	✓		
South Carolina	✓	✓	✓
Tennessee	✓		
Texas*	✓	✓	
Virginia		✓	
Washington	✓		
West Virginia	✓		
Puerto Rico*	✓		

*Indica los estados donde Humana coordina el reembolso de costos compartidos con la autoridad estatal de Medicaid.

Identificación de pacientes con SNP

- Los pacientes con SNP de Humana tienen una tarjeta de identificación única.
- En el frente de la tarjeta, justo debajo del logotipo de Humana, se indicará el tipo de SNP que tiene el paciente. Los médicos también pueden comunicarse con el servicio al cliente de Humana o visitar Availity.com para obtener esta información.
- Los pacientes que tienen un SNP con doble elegibilidad deben presentar su tarjeta de identificación de Humana y su tarjeta de Medicaid.

Muestras de tarjetas de identificación de SNP de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y SNP de Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Humana



Presentación de reclamaciones del D-SNP por estado

- **Alabama, Florida, Texas y Puerto Rico:** Humana recibe un pago mensual por afiliado (PMPM, por sus siglas en inglés) que cubre la parte del costo compartido que Medicaid cubriría para todas las categorías protegidas de costos compartidos.
 - Las partes de Medicare y Medicaid se pagan al mismo tiempo.
- **Todos los demás estados:** el proveedor de cuidado de la salud le factura a Humana y luego a Medicaid por el pago secundario.

Resumen de beneficios

- Los médicos pueden ayudar a los pacientes a comprender sus beneficios al acceder al resumen de beneficios del paciente.
- El resumen contiene una comparación de los beneficios disponibles para el paciente a través de Medicaid o Humana. Ofrece información de contactos de Medicaid del estado si se indica un referido o una coordinación de beneficios.
- Para acceder al resumen del plan del paciente, los proveedores pueden hacer lo siguiente:
 - Iniciar sesión en **Availity.com**.
 - Seleccionar “Patient Registration” (Afiliación de paciente) en la parte superior izquierda de la página.
 - Elegir “Eligibility and Benefits Inquiry” (Consultas sobre elegibilidad y beneficios).
 - Completar el formulario “New Request” (Nueva solicitud) para buscar los beneficios del paciente.
 - Seleccionar el botón “Medicare Certificate of Coverage” (Certificado de cubierta de Medicare).
 - Aceptar el relevo de responsabilidad que indica que abandonará la página de Availity. La página de Internet de Humana se abrirá en una ventana donde podrá buscar el plan del paciente.
 - En la página Medicare Plans (Planes de Medicare) de Humana, puede ingresar el código postal del paciente y seleccionar “Shop Plans” (Comprar planes).
 - Buscar el plan del paciente. Utilizar el número de CMS que se encuentra en la esquina inferior derecha de la tarjeta de identificación de Humana del paciente para encontrar el plan correcto. Luego, hacer clic en “View Details” (Ver detalles).
 - Desplazarse hacia abajo hasta la sección “Plan documents” (Documentos del plan) y seleccionar “Summary of Benefits” (Resumen de beneficios).

Modelo de cuidado de SNP de Humana (MOC)

Según lo dispuesto en la sección 1859(f)(7) de la Ley del Seguro Social, cada SNP debe tener un modelo de cuidado aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés). El modelo de cuidado (MOC, por sus siglas en inglés) proporciona el marco básico dentro del cual cada SNP atenderá las necesidades del paciente; sirve como base para promover la calidad del SNP, la gestión del cuidado y los procesos de coordinación del cuidado.

El MOC de Humana tiene cuatro objetivos:

- Mejorar los resultados de los pacientes al coordinar el cuidado y garantizar las transiciones de cuidado.
- Mejorar el acceso a los servicios y beneficios y el uso que los pacientes hacen de ellos.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes con su experiencia de cuidado de la salud y su estado de salud.
- Garantizar una prestación de servicios rentable.

Humana logra estos objetivos al hacer lo siguiente:

- Realizar evaluaciones de riesgo de salud (HRA, por sus siglas en inglés) para identificar las necesidades de riesgo.
- Desarrollar un plan de cuidado para abordar las necesidades identificadas.

ICP y HRA

Evaluaciones de riesgo de salud

- Se administran dentro de los 90 días posteriores a la afiliación y dentro de los 365 días posteriores a una evaluación previa.
- Producen un perfil de estado de salud actual y una puntuación de riesgo general.
- Permiten la estratificación de pacientes en niveles de intervención (LOI, por sus siglas en inglés) para determinar el nivel mínimo de alcance proactivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- Es desarrollado por el administrador de cuidado con información del paciente y del proveedor de cuidado de la salud.
- Está basado en resultados de HRA y LOI.
- Incluye metas, objetivos, intervenciones y resultados medibles.
- Aborda los servicios y beneficios específicos disponibles.
- El administrador de cuidado lo revisa y actualiza junto con cada contacto exitoso del afiliado, según el protocolo de extensión o cuando cambia el estado de salud del paciente.
- Es reemplazado por un plan de cuidado básico cuando no se puede localizar al paciente o este se niega a participar.



Equipo interdisciplinario de cuidado (ICT)

- Humana compone un equipo de proveedores de diferentes disciplinas profesionales que trabajan juntos para brindar cuidado.
- Los servicios se centran en la planificación del cuidado para respaldar al paciente y optimizar su calidad de vida.
- Un equipo interdisciplinario de cuidado (ICT, por sus siglas en inglés) suele incluir a estas personas:
 - Paciente o cuidadores del paciente.
 - Proveedor del paciente.
 - Administradores y coordinadores de cuidado clínico de Humana.
 - Trabajadores sociales y proveedores de servicios sociales comunitarios.
 - Profesionales de salud del comportamiento de Humana o del paciente.



El rol del médico o proveedor

- Recibir y revisar evaluaciones de riesgo de salud, según corresponda.
- Colaborar con el administrador de cuidado para desarrollar y modificar el plan de cuidado.
- Participar en conferencias sobre el cuidado, ya sea por teléfono, mediante el intercambio de comunicaciones escritas y, si es posible, en persona para promover la coordinación del cuidado.
- Promover las medidas de calidad del Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS®). Capturar estas medidas HEDIS solo para el SNP:
 - Conciliación de medicamentos después del alta.
 - Cuidado de adultos mayores.

Elementos del MOC del SNP: administrador de cuidado personalizado



El administrador de cuidado actúa como el punto de contacto principal para los pacientes con SNP y es responsable de implementar y supervisar todos los aspectos del manejo del cuidado. Los deberes del administrador de cuidado incluyen los siguientes:

- Actuar como mariscal de campo clínico e involucrar a los pacientes y participantes de los ICT.
- Coordinar el cuidado de los ICT: médicos, farmacia, etc.
- Administrar evaluaciones de riesgo de salud.
- Ayudar con el ICP.
- Planificar y justificar las altas.
- Educar al paciente y a sus cuidadores.
- Ofrecer a los pacientes apoyo de la salud e investigaciones.
- Conectar al paciente con recursos comunitarios y servicios sociales.
- Proporcionar orientación para el final de la vida o sobre las directivas anticipadas.

Recursos

Manual de Atención Administrada de Medicare

- Capítulo 5: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c05.pdf>
- Capítulo 16-B: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c16b.pdf>

Artículo de MLN Matters sobre la facturación de saldos: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1128.pdf>

MOC del SNP: Guía de los CMS

- Capítulo 5: Evaluación de la Calidad del Manual de Atención Administrada de Medicare: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c05.pdf>



Para obtener más información:

- Visite [Humana.com/provider](https://www.humana.com/provider).
- Llame al Departamento de Relaciones con los Proveedores de Humana al 800-626-2741.
- Correo electrónico: NNO_ProviderCompliance@Humana.com.